

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1896 THÈSE N°

50

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1896, à 1 heure

PAR

Albert RICHARD

Né à Montaure (Eure), le 23 août 1871.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
MÉTRITES SÉNILES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. VARNIER, professeur.

BROCA et BONNAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

30

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1896, à 1 heure

PAR

Albert RICHARD

Né à Montaure (Eure), le 23 août 1871.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

MÉTRITES SÉNILES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. VARNIER, professeur.

BROCA et BONNAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	Mathias DUVAL
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY. §
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale.....	RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilit..	TILLAX.
Clinique des maladies du système nerveux..	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires...	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	TARNIER.
Clinique d'accouchement.....	PINARD.
	M. PAJOT.

Professeur honoraire..

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULLE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTIER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon inaltérable affection

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU D^r HANOT

Mon premier maître dans les Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Nous remercions bien sincèrement les maîtres éminents qui nous ont fait l'honneur de diriger nos études médicales.

Que MM. les docteurs Olivier, Cerné, Gargam, Boucher, Lerefait (de Rouen) ;

Que MM. les agrégés Robin et Reclus, de la faculté de Paris ;

Que M. le professeur Pinard, dont nous avons suivi l'an dernier les leçons si pratiques et qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse,

Reçoivent ici l'hommage de notre vive gratitude.

Nous tenons à exprimer plus particulièrement notre reconnaissance à M. le docteur Petel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, et à M. le docteur Giraud, directeur de l'asile Saint-Yon, pour la bienveillance dont ils ont toujours fait preuve à notre égard, au cours de notre internat, dans leur service respectif.

Merci également à M. le docteur G. Maurange (de Paris), pour la bonne grâce avec laquelle il a mis à notre disposition ses précieux documents.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au déclin de leur vie génitale, certaines femmes présentent des symptômes en apparence très alarmants, tels que : douleurs, pertes fétides, métrorrhagies, dont l'ensemble avait, jusqu'en ces derniers temps, presque toujours fait porter le diagnostic de cancer utérin.

Sans nier la fréquence des tumeurs malignes, nous devons reconnaître aujourd'hui que, beaucoup de ces cas, dont la guérison fut obtenue, ne relevaient très probablement pas de l'existence d'un néoplasme, mais bien de celle d'une autre maladie : la métrite sénile.

Ceci explique aussi que, chez quelques malades, l'hystérectomie ait été pratiquée, avec succès d'ailleurs, alors qu'un traitement beaucoup plus simple eut peut-être suffi pour amener la guérison (observations III et XII).

Nous avons pensé que, dans ces conditions, il pourrait être utile d'esquisser l'histoire des métrites séniles en réunissant les documents de jour en jour

plus nombreux sur ces affections dont nous avons observé plusieurs cas au cours de nos études.

Nous éliminerons de ce travail, d'une part, les métrites symptomatiques d'une tumeur utérine quelconque qui, elles, sont justiciables de l'hystérectomie ; d'autre part, les métrites dont le début est antérieur à la ménopause.

Nous allons brièvement retracer l'historique de la question, puis, après avoir groupé les observations recueillies par nous, nous essaierons d'en tirer une description complète de la maladie.



HISTORIQUE

C'est dans la littérature médicale d'Outre-Manche qu'il faut aller chercher les premiers faits relatifs aux métrites séniles.

En effet, en 1837 seulement, l'attention des cliniciens fut appelée, pour la première fois sur ces affections, par Ashwel, chirurgien anglais, qui rapporta, dans une Revue médicale de Londres, le cas d'une femme de soixante ans, non réglée, chez laquelle il avait observé des pertes abondantes de pus fétide provenant de l'utérus. A l'autopsie, il remarqua que cet utérus avait subi une dilatation considérable, et contenait une quantité de pus évalué par lui à plus de trois cents grammes.

Cette observation, bien curieuse, passa cependant presque inaperçue à l'époque et ce n'est qu'en 1859 que la question fut reprise par Becquerel dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus*. Cet auteur, ayant observé des faits analogues à celui d'Ashwell, tenta d'en donner une interprétation. Il désigne donc, sous le nom « d'hydrométrie par accu-

mulation de mucosités dans l'utérus », une affection se développant exclusivement chez les femmes âgées et non réglées et caractérisée par la présence, dans l'utérus dilaté, d'une quantité variable de muco-pus. Recherchant ensuite les causes probables de cette affection, il invoque un obstacle permanent ou temporaire siégeant dans la cavité cervicale de l'utérus. Selon lui, la nature des obstacles qui peuvent s'opposer ainsi à l'écoulement des sécrétions utérines, serait des plus variables (atrophie sénile et rétraction consécutive des parois ; obstruction ou compression du col par une tumeur intra ou extra-utérine ; déplacements de l'utérus). Dans les cas observés par Becquerel, le liquide, dont la quantité variait de 50 à 200 grammes, était un mucus transparent et séreux ; les parois utérines étaient considérablement amincies et les glandes atrophiées et disparues.

Cliniquement, et toujours selon le même auteur, cette hydrométrie se caractériserait par des évacuations alternatives de mucus, se produisant à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce serait une affection peu douloureuse puisque, dans certains cas, elle n'aurait été révélée qu'à l'autopsie. Tel n'est pas cependant l'avis de Scanzoni qui, ayant, vers la même époque, observé quelques cas d'hydrométrie, prétend que les malades accusent souvent des douleurs abdominales, prenant parfois le caractère de véritables tranchées utérines. Quant au traitement, Becquerel

conseille de lever simplement l'obstacle. Scanzoni, lui, va jusqu'à proposer de ponctionner la tumeur par le vagin et de modifier ensuite la surface interne de l'utérus par des injections astringentes.

En 1879, Matthews Duncan, publie une nouvelle observation, intéressante en ce qu'elle donna lieu à une erreur de diagnostic en faisant penser à une tumeur maligne dont l'autopsie et l'examen microscopique démontrèrent la non existence. Cette observation est rapportée plus loin.

En 1883, Tolochinoff rapporte plusieurs cas de rétention de pus dans l'utérus, observés par lui chez des femmes qui avaient dépassé la ménopause.

Ces métrites séridesseraient caractérisées, d'après cet auteur, par l'accumulation dans la cavité utérine d'une sécrétion purulente et par son évacuation périodique par l'orifice du col qui reste perméable à la sonde. On trouve l'utérus dilaté, aminci, et presque toujours déplacé. Les malades souffrent de douleurs constantes dont les exacerbations coïncident avec les évacuations purulentes. Tolochinoff donne aussi, comme cause de l'affection, un obstacle au cours des sécrétions normales, et, selon lui : « La pénétration de l'air dans la cavité utérine, par l'orifice ouvert, déterminerait l'altération de la sécrétion et sa transformation en un liquide séro-purulent susceptible d'irriter la muqueuse et d'y déterminer des ulcérations dont les produits augmentent encore l'abon-

dance et les qualités nocives des liquides secrétés. » C'est cette infection qui expliquerait l'état cachectique de la plupart des malades qui ont le teint jaunâtre des cancéreux. Il y a là une remarque clinique qui est à reprocher de celle qu'à faite Pozzy à propos des cancers utérins en disant : « La septicémie due à la résorption des matériaux putrides entre pour une grande part dans la production des accidents ulternes, elle peut à elle seule entraîner la mort. »

Dans un des cas rapportés par Tolochinoff, on introduisit un tube à drainage en métal jouant le rôle d'un pessaire intra-utérin et l'on pratiqua tous les jours le lavage complet de la cavité utérine avec une solution phéniquée à 10 0/0.

L'amélioration se produisit très vite, mais la suppression du drain ramenait immédiatement les douleurs et les débâcles de pus. Cependant, au bout de deux ans de traitement, la guérison complète fut obtenue (réduction de la longueur de l'utérus et suppression totale de l'écoulement et des douleurs).

A citer aussi, les cas de Barnes (1886), d'Horrock (1887), de Galabin (1887) et d'Herrmann (1891) qui sont rapportés plus loin. Le premier et le troisième de ces cas (Observ. I et III) donnèrent lieu à une erreur de diagnostic. Pour le troisième même, ainsi que pour une autre (Observ. XII), on pratiqua l'hystérectomie.

C'est Fritsch qui le premier, vers 1893, tenta de

donner une explication anatomique de la pathogénie des métrites séniles auxquelles il donne le nom d'endométrites atrophiantes ou destructives. On lira plus loin l'exposé des ingénieuses conceptions de cet auteur.

Puis viennent les travaux de Levrat, de Patau et de Maurange (1891-1895) dont les observations sont relatées dans cette thèse et grâce auxquels la lumière commence à se faire dans cette obscure question des métrites de la vieillesse.

Passons maintenant les faits en revue. Avant d'esquisser l'histoire pathologique des affections qui font l'objet de cette étude.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Matthews Duncan. Trans of obst. Soc. Lond., 1879, p. 54)

Femme stérile, âgée de 60 ans, mariée à 14 ans.

Pas d'antécédents.

Environ 3 ans avant sa mort, elle commença à souffrir de pertes abondantes, claires ou purulentes et parfois teintées de sang. Ces pertes venaient de l'intérieur de l'utérus et ne cessaient jamais. La malade éprouvait quotidiennement d'atroces souffrances qui avaient toutes les apparences de douleurs convulsives. L'affection fut regardée, du vivant de la malade, comme une ulcération intra-utérine probablement maligne.

L'autopsie fut faite 48 heures après la mort. En voici le résultat : A l'ouverture du ventre, pas de liquide dans le péritoine ; pas de signes de péritonite généralisée ; en un endroit seulement, le péritoine était adhérent à la paroi antérieure de l'utérus.

Au niveau de l'ombilic, on découvrit une tumeur de la grosseur d'une petite orange : c'était un fibrome sous-

péritonéal rattaché à la paroi supéro-antérieure de l'utérus par un pédicule bien marqué.

L'utérus, de la grosseur d'un poing d'homme, était demi-fluctuant à la palpation. En le pressant entre les mains, on donnait lieu à l'écoulement, par le vagin, d'une matière fétide.

Cet utérus n'était adhérent à aucun organe, si ce n'est au péritoine, à un endroit sus-mentionné, et aussi un peu à la vessie. Cette dernière d'ailleurs était saine, ainsi que le rectum ; aucune fistule ne les mettait en communication avec la cavité utérine. La matrice était distendue par une matière épaisse et fétide ; sa muqueuse interne était réduite à quelques fragments gangrenés. En beaucoup d'endroits, la paroi musculaire avait presque complètement disparu.

Des coupes de l'utérus, examinées au microscope, montrèrent des amas de petites cellules rondes, ne différant pas comme aspect de celles du pus et agrégées ensemble. En quelques endroits, on observait des fibres musculaires que les cellules rondes paraissaient infiltrer.

Dans le but d'enlever tout doute sur le caractère des cellules, on fit macérer quelques morceaux de l'utérus dans la glycérine. On vit alors nettement qu'on était bien en présence de cellules de pus et non de cellules épithéliales.

OBSERVATION II

(Horrocks. Trans of obs. Soc. London, 1887, page 278).

Malade âgée de 53 ans, présentant, depuis la ménopause, des hémorrhagies irrégulières et un écoulement infect par l'utérus. Elle mourut, avec des symptômes de septicémie, après l'exploration de la cavité utérine.

Macroscopiquement, la totalité de la muqueuse utérine semblait uniformément injectée et granuleuse, la paroi musculaire paraissait partout intacte.

Au microscope, on découvrait une prolifération glandulaire, les espaces interglandulaires étaient remplis d'une quantité considérable de petites cellules comme on en rencontre dans les inflammations chroniques.

OBSERVATION III

(Hermann. Trans obs. Soc. Lond. 1890, p. 196).

Femme de 63 ans. Pas d'antécédents. Toujours bien réglée jusqu'à 50 ans. Mariée à 20 ans, elle eût 9 enfants, le dernier il y a 26 ans. Depuis la ménopause, elle a toujours été souffrante (rhumatismes, bronchites, troubles digestifs).

En juin 1889, elle commença à présenter, du côté des organes génitaux, un écoulement d'abord blanchâtre, puis

Richard

2

sanguinolent et fétide qui persista par la suite. Au début, cet écoulement s'accompagnait de douleurs très vives dans le bas-ventre. La malade entra alors à l'hôpital et obtint, grâce au repos, une légère rémission de ses souffrances.

Depuis 6 mois, elle a notablement maigri.

Sortie de l'hôpital, elle y fut de nouveau admise le 13 janvier 1890. A son entrée, elle paraissait considérablement amaigrie et anémiée. Elle se plaignait, en dehors de l'écoulement déjà noté, de douleurs dans le bas-ventre et le dos et d'insomnie persistante. Son appétit était mauvais et ses intestins fonctionnaient mal. A l'auscultation du poumon, on entendait quelques râles de bronchite. Pas de lésions cardiaques. Rien de pathologiques dans les urines.

Au toucher, la portion vaginale du col paraît atrophiée, le vagin est lisse et reserré à sa partie supérieure.

Au spéculum, la paroi vaginale apparaît injectée et saignant facilement. Col petit, rouge foncé et finement granulée.

Le 23 janvier, la malade est choroformée : à l'examen, l'utérus est mobile ; le corps légèrement augmenté de volume, est en position normale. On dilate le canal cervical à l'aide de bougies d'Hégar.

Arrivé au n° 40, la rigidité du col s'oppose à la poursuite de l'opération. Au cours de cette dilatation, on voit s'échapper du col une quantité assez considérable de pus épais et jaunâtre. L'histoire de la maladie, la persistance de l'écoulement, la douleur et l'amaigrissement firent porter le diagnostic de tumeur maligne. On pratiqua l'histérec-

tomie, la malade se remit complètement et quitta l'hôpital complètement guérie.

L'état de l'utérus enlevé était le suivant : Il avait 3 pouces de longueur; sa paroi avait $\frac{3}{8}$ de pouce d'épaisseur. La face interne, entièrement lisse partout ailleurs, présentait, en un endroit, un petit polype de la grosseur d'un pois. On pratiqua des coupes passant par ce polype et par la surface voisine de l'utérus.

La coupe du polype avait $\frac{1}{3}$ de pouce de long et sa saillie dans la cavité utérine était de $\frac{1}{8}$ de pouce. La partie de l'utérus avoisinant le polype était infiltrée de cellules rondes à gros noyau. L'infiltration des cellules rondes s'étendait jusqu'à $\frac{1}{30}$ de pouce environ de profondeur. On y voyait aussi des glandes qui avaient été coupées, les unes en travers les autres en long. L'épithélium de ces glandes semblait partout normal. Il y avait encore des vaisseaux qui s'ouvraient à la surface de la muqueuse. Dans les mailles du tissu conjonctif, on remarquait également des glandes très nombreuses tapissées d'un épithélium cylindrique qui ne montrait aucune tendance à changer de caractère. Le tissu musculaire était sain.

OBSERVATION IV.

(Communiquée par le D^r G. Maurange.)

Madame X..., âgée de 63 ans, vient consulter le 18 août 1892. Elle se plaint d'éprouver des sensations d'échauf-

fement vaginal avec prurit vulvaire et leucorrhée abondante. Cette leucorée, parfois peu accusée, prend, à d'autres moments, les caractères et les proportions d'une véritable perte, fétide, purulente, plus ou moins rosée.

Par le toucher digital, on constate que l'utérus est mobile, gros, exempt d'indurations et de tumeurs, que les culs-de-sac sont sains. Pressé entre les deux mains, l'organe est sensible. L'examen du vagin montre que la muqueuse est enflammée, très rouge, granuleuse, presque saignante. Le col a le même aspect extérieur que le reste de la muqueuse vaginale. Il ne présente pas trace d'ulcérations ou de néoplasme. Son orifice est fermé, comme contracté ; toutefois, il laisse suinter une goutte de pus. La malade, chez qui les symptômes ont débuté depuis un an au moins, et qui n'a suivi aucun traitement, n'offre pas l'aspect cachectique. Cependant, elle a un peu maigri et son teint s'est plombé. Elle a fait une bronchite grippale l'hiver précédent, mais sa santé a été, en dehors de cela, habituellement bonne. La malade est veuve depuis plusieurs années. Le cotétherisme permet de constater que la cavité utérine est grande (10 centimètres) et qu'elle contient une sécrétion abondante, car, en retirant l'instrument, il s'écoule une certaine quantité de pus rosé, nauséabond.

On pose le diagnostic d'endométrite purulente en faisant des réserves sur la possibilité d'un néoplasme.

Le traitement a consisté à faire cinq fois, à une semaine d'intervalle, un écouvillonnage modéré avec de la glycérine créosotée au 1/5, précédé d'une dilatation avec les bougies d'Hégar et suivi de lavages au sublimé au

moyen d'une sonde intra-utérine ; le courant était continué jusqu'à ce que le liquide ressortit très clair.

Aux deux premières séances, l'écoulement purulent était très abondant ; c'était un véritable flot. Chez cette femme, la matrice ne se vidait que lorsque la pression du liquide triomphait de la tonicité ou du spasme du col. Cette dernière circonstance a dû favoriser beaucoup la distension de l'organe et la rétention du pus qui fermentait longuement avant de s'échapper. — La vaginité était évidemment consécutive au contact de ce pus, surtout en l'absence de soins de propreté.

Le cinquième lavage n'ayant pas ramené de pus, le traitement fut cessé. La malade se trouva dès lors complètement soulagée et sa santé s'est maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION V

(Patru : Revue médicale de la Suisse Romande, 29-mai 1893)

Madame Marie G..., âgée de 62 ans, est reçue à la clinique gynécologique le 18 février 1891. Ses antécédents héréditaires n'offrent à relater qu'une mort par cancer du sein chez une tante.

Madame G... a eu 4 enfants : l'aîné a 45 ans, le cadet 28. Couches faciles, suites normales. Ménopause survenue à 48 ans, sans amener aucun trouble. Vie pénible d'ouvrière de campagne. Excellente santé habituelle.

Il y a 5 semaines, madame G... s'est aperçue qu'elle avait des pertes, tantôt jaunâtres, tantôt roses, offrant une légère fétidité, sans que ce symptôme fut accompagné de douleurs, ni d'un mauvais état général. Elle consulta pourtant un médecin qui l'envoya de suite à l'hôpital avec le diagnostic de cancer de l'utérus.

18 février 1894. On constate une forte irritation de la vulve et du vagin. Le col, atrophié, est dirigé du côté gauche. La lèvre antérieure est effacée ; la postérieure fait une légère saillie ; la muqueuse est rouge, saigne facilement. — L'utérus est mou, difficile à limiter, douloureux à la palpation bi-manuelle. Rien aux annexes. La cavité utérine, agrandie dans toutes ses dimensions, est longue de 8 centimètres. L'introduction de l'hystéromètre est douloureuse et donne issue à un mélange de pus et de sang, de mauvaise odeur. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement spécial.

20 février. Une petite curette est introduite dans la cavité utérine et retire une certaine quantité du mélange de sang et de pus observé la veille. Irrigation intra-utérine de sublimé.

26 février. La cavité utérine s'est déjà considérablement rétrécie ; on y introduit avec peine une fine tige de laminaire.

27 et 28 février. On continue la dilatation.

1^{er} mars. On curette vigoureusement la cavité utérine que l'on tamponne ensuite avec une bande de gaze iodoformée. Ce pansement est renouvelé les jours suivants.

4, 5 et 6 mars. Injection intra-utérine de teinture d'iode pure.

7 mars. La malade quitte l'hôpital ; la suppuration est tarie.

Six semaines après, survient une récurrence qui nécessite un nouveau curetage.

Dès lors, madame G... revient à peu près toutes les trois semaines ; le pus se forme assez rapidement. Des injections intra-utérines de sublimé, d'acide phénique, de teinture d'iode, ne paraissent pas avoir une influence très favorable. C'est le nitrate d'argent à 10 0/0 qui agit le mieux. La malade se fait à domicile des injections de propreté ; son état général se maintient bon. En octobre de la même année, on lui propose un nouveau curetage qu'elle refuse.

Nous allons la visiter dans son village en décembre 1892. Elle nous raconte que, depuis les traitements qu'elle a subis, ses pertes ont beaucoup diminué. Tous les 15 jours environ, se produit une petite débacle, une perte de pus, mélangé à du sang qui ne dure qu'un jour. Elle est suivie d'un sentiment de soulagement qui remplace celui de pesanteur dans le bas-ventre caractérisant la période de préparation. Le pus évacué est tantôt fétide, tantôt sans odeur. La malade n'en est pas autrement incommodée ; elle continue les injections. Son état général est bon ; le teint est un peu jaune ; elle n'a pas maigri et travaille comme par le passé : La guérison temporaire survenue et la grande amélioration actuelle permettent d'éloigner toute idée d'un néoplasme.

OBSERVATION VI

Patru (Revue médicale de la Suisse Romande 20 mai 93).

Madame Jeanne J...; âgée de 63 ans. — A eu 12 enfants; le cadet a 22 ans actuellement. Quelques pertes blanches depuis la ménopause. Bonne santé habituelle. En janvier 1890, à la suite d'une forme bronchitique d'influenza, madame J... a vu ses pertes blanches augmenter, a ressenti des maux de ventre et de reins, a maigri et s'est mise à tousser. Son état empirant chaque mois, elle passe quelques semaines dans un hôpital privé sans y trouver d'amélioration. Puis son ventre lui paraissant grossir, la miction étant douloureuse et les pertes plus abondantes, elle se présente à la consultation de la maternité le 2 août 1890. On constate entre les parois du vagin des adhérences multiples et faibles que l'on détruit avec le doigt. L'utérus est en retroversion, sensible à la pression.

5 août. La cavité utérine mesure au catheter 8 centimètres; il en suinte du pus que l'on retire en notable quantité en l'aspirant avec une seringue de Braün. Injection intra-utérine de teinture d'iode.

8 août. La vaginite est améliorée, mais le pus s'est réformé dans l'utérus. Léger mouvement fébril le soir.

13 août. Anesthésie générale. On dilate le col : il s'écoule de 20 à 30 cent. cubes de pus épais et fétide. Curetage. Badigeonnage de la cavité à l'acide phénique con-

centré. Les jours suivants, on injecte de l'eau phéniquée à 590 dans l'utérus.

Le pus devient de plus en plus rare et séreux, Madame J... quitte la maternité le 30 août 1890. Elle est guérie de son endometrite purulente, mais souffre d'une bronchite suspecte.

Deux ans plus tard, elle vient mourir, à l'hôpital, de tuberculose pulmonaire sans avoir présenté de nouveaux symptômes du côté du système génito-urinaire. Le procès verbal de l'autopsie contient la note : « organes génitaux normaux. »

OBSERVATION VII

(D^r Picque, cité par le D^r Maurange).

Mad. X âgée de 55 ans. A cessé d'être réglée il y a 5 ans. Depuis quelques mois, elle a maigri ; a complètement perdu l'appétit ; ses traits sont tirés ; elle a pris une teinte jaunâtre. En même temps, ont apparu des douleurs abdominales et un écoulement incessant d'un liquide épais, horriblement fétide, au point de rendre le voisinage de la malade intolérable à la sage-femme qui est auprès d'elle.

La malade est examinée par le D^r Picqué avec le D^r Josias médecin des hôpitaux. Le diagnostic de cancer de l'utérus est porté malgré que la matrice soit petite, mobile et le col sans lésions. Néanmoins, avant de pratiquer l'hystérectomie, acceptée par la famille, on veut avoir la confir-

mation histologique. La malade est transportée dans une maison de santé.

Le col est dilaté à la laminaire : Au moment où l'on enlève la tige, un flot de pus sort de la matrice, entraînant des fragments de muqueuse. L'un de ceux-ci est étaminé, et, comme le résultat de l'examen est loin d'être probant, on se contente de faire un curettage minutieux. Guérison complète au bout d'un mois.

La malade est venue 2 ans après ; son appétit est revenu, son teint est modifié ; elle n'a plus aucune douleur dans le ventre.

OBSERVATION VIII

(Docteur Picqué ; cité par le Docteur Maurange)

Madame X... , de Rennes, âgée de 54 ans. La ménopause remonte à 5 ou 6 ans. Cette malade exhale une odeur fétide due à un écoulement incessant par l'utérus, écoulement dont elle souffre depuis quelques mois. Comme elle ne présente aucun symptôme de cachexie, M. Picqué, pensant avoir affaire à un corps fibreux sphacélé, la fait entrer à l'hôpital.

A l'examen, l'utérus est volumineux, mais vide ; le col est entr'ouvert et fongueux. L'examen d'un fragment de muqueuse, enlevé à la curette, demeure absolument négatif au point de vue du cancer. Un traitement local est entrepris (injections modificatrices, pansements à la glycé-

rine créosotée). La malade est fortement améliorée, mais quitte l'hôpital avant sa complète guérison. A été depuis perdue de vue.

OBSERVATION IX

(Dr Maurange)

Madame L. . . , âgée de 65 ans. Régée à 14 ans, mariée à 20 ans. N'a jamais eu de grossesse. La ménopause s'est passée dans des conditions normales il y a 14 ans. Depuis 3 mois environ, est apparu un écoulement muco-purulent souvent mêlé de sang et très fétide. La malade souffre peu, mais elle a maigri, a perdu ses forces et son faciès présente une teinte jaunâtre caractéristique.

Au spéculum, on trouve le vagin très enflammé, un utérus mobile et peut être augmenté de volume, un col aminci et de consistance presque normale. La cavité utérine mesure 7 cent. 1/2. Le passage de l'hystéromètre est très douloureux. Il s'écoule par le museau de tanche un pus sanieux, rosé, horriblement fétide.

Après dilatation, on détache à la curette un morceau de muqueuse qui est étaminé histologiquement. Le résultat négatif permet d'entreprendre la désinfection de la cavité qui est obtenue par un curettage soigneux, suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison complète au bout de 3 semaines.

OBSERVATION X

(Dr Pozzi ; communiquée par le Dr Maurange)

Madame François M..., 63 ans. Pans d'antécédents pathologiques.

Réglée à 18 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'à la ménopause qui eût lieu à 50 ans. Depuis cette époque, la malade n'a jamais perdu de sang. Elle a eu quelques pertes blanches dans sa jeunesse au moment des règles. Mariée à 27 ans, elle n'a jamais fait de fausse-couche. Deux grossesses : la première à 28 ans, la seconde à 31 ans. Ces grossesses sont arrivées à terme et les couches ont été absolument normales.

La malade se portait très bien, lorsqu'au mois de juillet dernier, elle a eu des mictions douloureuses avec envies fréquentes d'uriner.

Elle prétend que son médecin lui a déclaré à ce moment qu'elle avait de l'albumine dans l'urine (?).

Quoiqu'il en soit, elle prit des capsules de térébenthine et les phénomènes qu'elle présentait diminuèrent considérablement, sans disparaître tout à fait, cependant.

La malade entre à Pascal, le 5 février 1895.

Lors de l'entrée à l'hôpital, les pertes sont abondantes, d'un blanc très sale. Elles sentent très mauvais et se produisent surtout pendant la journée. La malade n'a jamais souffert et ne souffre pas. Elle a continué à maigrir et est légèrement cachectique. Cependant elle mange bien,

les digestions sont bonnes, les selles régulières. Jamais de fièvre.

EEexamen local. — Le toucher bi-manuel est un peu douloureux, surtout lorsqu'on appuie beaucoup sur l'abdomen. Les culs-de-sac sont libres et souples. L'utérus présente une atrophée sénile assez marquée. Cependant il mesure environ à l'hystéromètre 4 cent. 1/2. Par l'ouverture du col, s'écoule un liquide blanc, sale, épais et d'odeur fétide.

L'examen bactériologique de ce liquide et les cultures ne donnent rien (Marmorech).

Le 20 février, on commence à faire des injections intra utérines avec du permanganate de potassium à 4 p. 1000. On est obligé, pour pénétrer dans la cavité utérine, de dilater le col assez fortement avec le dilatateur. Pendant cette manœuvre, il s'écoule une quantité assez considérable de liquide épais, grisâtre et fétide. Il semble qu'un rétrécissement marqué sépare le col du corps [de la cavité utérine. Les jours suivants, la dilatation est encore nécessaire pour introduire la sonde intra-utérine et il continue à s'écouler du liquide au moment de la dilatation.

Bientôt, cependant, on peut introduire la sonde intra-utérine sans dilater préalablement. Les phénomènes s'amendent rapidement sous l'influence de ce traitement. Dès le quatrième jour, la malade cesse de perdre, et il s'écoule très peu de liquide au moment de l'introduction de la sonde intra-utérine. Le peu de liquide qui s'écoule encore ne sent plus mauvais. Au commencement de mars, il ne sort plus rien de la cavité utérine. Cependant, vers le 7 mars, on constate un peu d'écoulement moins fétide

au moment de l'injection intra-utérine. Lé 10 mars, il n'y a plus aucune espèce d'écoulement. La malade est plus forte ; elle a un peu engraisé. L'état général est excellent. Sort guérie le 13 mars 1895.

OBSERVATION XI

(Dr Maurange)

Madame V..., 62 ans. Réglée à 15 ans. A eu 3 grossesses à terme et une ménopause régulière à l'âge de 47 ans. Elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de mai 1895. A ce moment, elle a commencé à souffrir du bas ventre et des reins : ces douleurs, revenant à des intervalles irréguliers, s'exaspéraient jusqu'à ce qu'elle perdît une quantité plus ou moins grande de pus très fétide, les pertes se faisaient par des sortes de décharges et diminuaient rapidement, laissant après elles, le ventre sensible à la pression. Elle nous dit même avoir vu un peu de sang mêlé au pus qu'elle perdait.

Depuis ce moment, sa santé générale s'est altérée : elle a perdu l'appétit et considérablement maigri. Ses traits sont tirés, elle a un teint terreux et un aspect quasi-cachectique. Un confrère consulté conseille un chirurgien, c'est sur ces entrefaites que la malade nous est amenée le 14 novembre dernier.

Au toucher, nous trouvons un col boursoufflé, volumineux, mais parfaitement mobile. Le corps de l'utérus,

en antéverson légère est notablement augmenté de volume, douloureux à la palpation. Les culs-de-sac sont libres, le vagin est très enflammé. Au spéculum, on constate une coloration rouge foncée de la muqueuse vaginale et du col, et, malgré l'injection qui a précédé notre examen, cette muqueuse est recouverte par des plaques d'essudats inflammatoires, dans l'intervalle desquelles elle apparaît comme granuleuse.

Le col a un aspect fongueux et présente une déchirure latérale droite assez profonde et une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc. L'introduction de l'hystéromètre est très douloureuse, l'instrument pénètre avec une certaine difficulté jusqu'à 8 cent. 1/2. En le retirant, il s'écoule par le museau de tanche un flot de pus sanieux d'une horrible fétidité.

Nous portons le diagnostic d'endométrite senile fétide. Un traitement simple fut institué : La cavité vaginale fut soigneusement détergée, le col dilaté avec les bougies d'Hégar. Un pansement à la gaze iodoformée fut introduit tous les deux jours dans l'endomètre qui était nettoyé sérieusement auparavant avec un écouvillon chargé de glycérine créosotée au 1/3. Un tampon de ouate hydrophile enveloppée de gaze iodoformée était ensuite appliquée sur le col. Dès la troisième semaine de ce traitement, une amélioration manifeste de l'état général se fit sentir, l'appétit et les forces revinrent.

Localement, la coloration anormale de la muqueuse persista jusque vers le milieu de janvier ; les pertes avaient complètement disparu dès les derniers jours de

On cessa tout traitement en février ; la malade a

recouvré son état de santé antérieur qui s'est maintenu excellent depuis.

OBSERVATION XII

Galabin. (Trans. olest. Soc. London 1887).

Malade âgée de 47 ans, atteinte de métrorrhagies survenues après la ménopause et durant depuis un an. L'écoulement avait été fétide, mais ne paraissait pas l'être lors du séjour de la malade à l'hôpital. L'utérus était considérable augmenté dans toutes ses dimensions et la sonde pénétrait jusqu'à 4 pouces $1/2$. En poussant cette sonde avec les plus grandes précautions on provoquait toujours un abondant écoulement de pus et de sang. On pensa, à cause de cela, à un cancer probable du corps de l'utérus et on décida l'hystérectomie vaginale.

Après l'opération, la malade se remit très bien. Examen de l'utérus enlevé : l'intérieur du corps de l'utérus se présentait sous l'aspect d'une cavité déchiquetée. Le col n'avait rien. La coupe microscopique de la paroi utérine ne donna pas de preuves positives d'un cancer : on observait une prolifération glandulaire irrégulière mais la paroi musculaire n'était point infiltrée.

OBSERVATION XIII

(Levrat. *Prov. medic.* 1891).

Malade de 62 ans, venue consulter pour une affection caractérisée, disait-elle, par des hémorrhagies utérines. Il s'agissait, en réalité, d'une sorte de suintement sanguin permanent et fétide. L'examen, tant au toucher qu'au spéculum, ne révéla ni épithélioma, ni fibrome ; l'utérut était en place, petit, mobile. Mais le vagin était étroit, comme cloisonné de brides friables de consistance fibrineuse que la simple introduction du doigt déchirait sans peine.

Le col était petit, sans duretés, sans saillies, l'utérus paraissait plutôt atrophé. Cependant, la malade avait un teint blafard, presque cachectique ; les lèvres, au lieu d'être pâles, étaient cyanosées.

L'écoulement sanguin avait une odeur d'épithélioma et se sentait à distance. L'auscultation du cœur fit découvrir une insuffisance mitrale.

La malade fut d'abord mise au repos, au régime lacté et à de faibles doses de digitale. L'éconlement persista, mais beaucoup moins sanguinolent.

Après 5 jours d'antiseptie vaginale, on fit la dilatation de l'utérus par la méthode d'Hégar, son curettage et la cautérisation à l'acide chromique au 1/3. Par dessus, pansement à la gaze iodoformée.

Guérison rapide ; se maintient depuis 2 ans. L'état général est redevenu bon.

Richard

OBSERVATION XIV

(Levrat. Prov. medic. 1891).

Femme de 65 ans.

Hémorrhagies utérines alternant avec un suintement purulent d'odeur infecte. Les matières purulentes s'écoulent avec autant d'abondance que dans un vieil épithélioma ulcéré.

La malade dépérissait rapidement.

Col sain, utérus petit et mobile.

La malade présentait des intermittences cardiaques. de l'albuminurie légère et un peu d'œdème des malléoles,

Le vagin était rempli de brides molles, laissant difficilement passer le doigt ; il fallut les déchirer à plusieurs reprises avant d'arriver à atteindre facilement le col, Même traitement et même résultat que dans le cas précédent.

OBSERVATION XV

(Levrat Prov. Médicale 1891)

Malade de 57 ans.

Insuffisance mitrale très nette. Vagin cloisonné, écoulement fétide teinté de sang.

Curette il y a 5 mois. Succès complet.

OBSERVATION XVI

(Maillard, cité par Patru)

Madame Jeanne V... 72 ans. Entrée le 17 septembre 1892. Elle a eu 10 enfants, et ses accouchements ont été faciles. Présenta, durant sa vie, des symptômes d'insuffisance tricuspide, de bronchite chronique et de néphrite chronique.

Cette malade mourut d'un érysipèle en l'absence de tout autre cas à l'hôpital.

A l'autopsie, on découvrit une endométrite purulente et hémorrhagique dont la malade ne s'était pas plaint durant son existence.

OBSERVATION XVII

(Dr Massé. Congrès gynécologique de Bordeaux, août 1895)

J'ai observé un cas d'hémorrhagie utérine chez une femme âgée de 75 ans qui, réglée à 14 ans, a eu 3 enfants sans jamais accuser de troubles du côté de l'utérus. La ménopause s'est faite sans accident il y a 27 ans. Actuellement cette femme est atteinte d'une lésion cardiaque.

L'examen local permet de considérer l'utérus comme sain. Cependant, cet organe n'a pas les dimensions ré-

duites qu'il devrait avoir chez une femme de cet âge ; il est un peu congestionné ; l'orifice du col n'est pas rétrécie on y pénètre facilement. Pas d'écoulement vaginal. Un curetage n'a donné, comme produits amenés par la curette, que des éléments normaux de la muqueuse utérine. Depuis 6 mois, cette femme est sujette à des hémorrhagies parfois très abondantes qui cessent quelques jours et qui reviennent ensuite.

L'hémorrhagie qui avait été traitée vainement par les injections très chaudes et l'ergotine, a guéri en 4 séances d'électrolyse intra-utérine.

Le pôle négatif était placé dans la cavité utérine. La destruction de la muqueuse par le courant électrique a provoqué la formation d'un tissu cicatriciel qui a remplacé cette muqueuse dont les vaisseaux étaient dilatés et qui était friable. La guérison persiste depuis 6 mois.

OBSERVATION XVIII

(Docteur Maurange, Gazette hebdomadaire, 1895).

Une malade, âgée de 68 ans, diabétique, aortique, albuminurique, se plaint, tout à coup, d'une leucorrhée abondante dont elle a commencé à souffrir il y a 3 semaines environ. Malgré la gravité de son état, comme elle dit éprouver une vive douleur en urinant, nous procédons à son examen :

Col gros, congestionné, laissant écouler du pus par

le museau de tanche. Vagin très enflammé. Nous étions très perplexe, lorsque le mari, homme de 60 ans, vint nous avouer qu'il avait contracté depuis 6 mois, hors du lit conjugal, une blennorrhagie réduite en ce moment à une goutte militaire tenace.

Désormais la pathogénie se trouvait éclairée d'un jour singulier. Malheureusement, l'aggravation de l'état ne permit pas de contrôler par l'examen bactériologique la justesse d'une hypothèse à laquelle les commémoratifs semblaient donner quelque créance.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Madame Louise D..., rentière, 57 ans, entrait le 12 juin 1895 au pensionnat de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Antécédents héréditaires. — Mère morte très jeune d'une maladie de poitrine.

Père mort à l'âge de 47 ans d'une affection de l'estomac dont elle ne peut préciser la nature.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Aurait eu une bronchite vers l'âge de 12 ans.

Réglée à 17 ans.

Mariée à 21 ans.

Elle a eu 4 enfants dont deux sont morts, l'un très jeune d'une broncho-pneumonie, suite de rougeole, et l'autre d'une fièvre typhoïde (?) à l'âge de 21 ans.

Les deux autres jouissent d'une santé relativement

bonne. Ses accouchements auraient été normaux. Elle n'aurait, jusqu'à ces dernières années, ressenti absolument aucun trouble du côté de ses organes génitaux.

N'est plus réglée depuis 9 ans.

Jusqu'à la ménopause ses règles auraient été à peu près normales.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs dans le ventre et des pertes abondantes et fétides qui auraient commencé il y a 6 mois et n'auraient fait que s'accroître malgré les injections vaginales ordonnées par un médecin qu'elle avait consulté dès le début.

Etat actuel. — L'aspect général de la malade est bon. Son teint est un peu jaune, mais elle prétend qu'il en a toujours été ainsi. D'ailleurs son embonpoint n'aurait fait qu'augmenter dans ces dernières années.

A la palpation du ventre on ne sent pas l'utérus (parois abdominales très épaisses), mais on provoque une légère douleur sur la ligne médiane.

Au toucher, on arrive facilement sur le col qui est gros et dur, mais ne présente aucune trace d'excoriations ni de végétations. Cependant, une certaine sensation velvétique fait penser à des ulcérations de la muqueuse.

Le corps de l'utérus est augmenté de volume, mais mobile. La malade accuse une douleur assez vive lorsqu'on fait basculer l'organe qui est en retroversion légère.

Les culs-de-sac sont libres.

Le doigt ramène des mucosités fétides.

Le spéculum confirme les données du toucher au sujet de l'état du col qu'il montre violacé et recouvert de quel-

ques ulcérations grisâtres. Léger ectropion de la lèvre postérieure.

L'hystéromètre, dont l'introduction est pénible et douloureuse, indique que la cavité utérine mesure 8 centimètres.

Aussitôt l'instrument retiré, on constate l'émission d'une certaine quantité de pus sanieux et fétide.

On réserve le diagnostic.

Pansement à la gaze iodoformée.

La malade, ayant formellement refusé de se soumettre à l'anesthésie et présentant d'ailleurs une légère insuffisance mitrale, on abandonne l'idée d'un curettage.

15 juin, au soir. — Pose d'une tige de laminaire et pansement vaginal.

16 juin. — Après quelques difficultés, on parvient à enlever la tige de laminaire, dont la forme en sablier indique un rétrécissement assez marqué au niveau de l'isthme. Dilatation prudente avec les tiges dilatrices d'Heegar.

Grand lavage intra-utérin au sublimé et introduction d'un drain intra-utérin.

Pansement vaginal.

18 juin. Grand lavage de la cavité utérine à l'eau bouillie, à travers le drain laissé en place.

Injection vaginale et pansement avec des tampons imbibés de glycérine iodoformée.

Ce pansement est renouvelé tous les 3 jours pendant 15 jours.

3 juillet. L'utérus ayant accouché de son drain on en introduit un nouveau qu'on suture à la lèvre du col, et le

même traitement est continué pendant 15 jours au bout desquels, tout écoulement ayant cessé, on cesse le drainage.

Pendant une semaine on fait des injections vaginales suivies d'un petit pansement à la gaze iodoforme.

23 juillet. La malade ne présentant plus ni écoulement ni douleurs, sort de l'hôpital.

Six mois après, nous avons revu madame D... Sa santé s'était maintenue excellente. Il est vrai qu'elle a toujours continué chez elle à prendre des injections et que sa situation de fortune lui a permis de garder un repos presque absolu.

OBSERVATION XX

(Due à Monsieur le Professeur Cerné de Rouen)

En 1891, une dame d'une soixante d'années, vint me consulter pour des pertes blanches qui lui étaient survenues depuis environ un an.

Cette femme, ordinairement bien portante, sauf des douleurs rhumatismales, obèse, n'avait plus ses règles depuis une dizaine d'années, et rien n'était survenu du côté génital avant l'affection actuelle.

Les pertes étaient jaunes, épaisses, extrêmement fétiides, assez souvent sanguinolentes, sans qu'il n'y eut jamais d'hémorrhagies proprement dites. Pas de douleurs, mais

une irritation vulvaire assez fréquente, de la pesanteur dans le bas-ventre.

La malade dit avoir maigri depuis quelques mois.

Localement le col est sain, le corps un peu augmenté de volume et sensible à la pression. Le diagnostic de cancer de la muqueuse du corps paraissait admissible.

Une intervention radicale ne me paraît pas indiquée et je conseille à la malade des pansements destinés à diminuer les pertes fétides. Après [quelques pansements vaginaux, je me risque à faire des pansements intra-utérins. Il ne s'écoule pas de sang, l'état s'améliore rapidement. En deux mois environ les pertes cessèrent et cette femme recouvra sa santé habituelle.

N. B. — Nous avons encore observé personnellement un cas de métrite sénile dans les hopitaux de Rouen et nous avons été frappé de la guérison radicale et prompte obtenue par le curettage et les pansements intra-utérins. Malheureusement l'observation n'ayant pas été prise au moment du séjour de la malade dans les salles nous ne pouvons que noter simplement ici le succès complet de la thérapeutique ; succès qui nous a donné, quelques années plus tard, l'idée de rechercher les cas analogues pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Etiologie et Pathogénie

En compulsant les observations que nous venons de rapporter nous voyons que les métrites des femmes âgées se montrent à une époque absolument indéterminée après la ménopause. On les voit parfois éclater dès que la femme a cessé d'être réglée ; dans d'autres cas, les plus nombreux, l'affection n'apparaît qu'un très grand nombre d'années après la disparition du flux menstruel. C'est ainsi qu'on a pu l'observer chez des femmes de plus de quatre vingt ans. L'influence des grossesses semble à peu près nulle sur leur production, car elles frappent tout aussi bien les femmes stériles que les grandes multipares. Parmi les antécédents, héréditaires ou personnels, on ne trouve rien de constant qui puisse être rattaché à l'éclosion de ces endométrites. D'ailleurs, tous les cas où il était question de troubles génitaux antérieurs à la ménopause, ont été systématiquement éliminés comme ne rentrant pas dans le cadre de cette étude.

Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre une classification des métrites séniles. Tout ce qu'il est permis de dire actuellement, c'est qu'il en existe cliniquement deux variétés : une va-

riété hémorrhagique, assez rare qui paraît souvent associée à des lésions cardiaques et une variété purulente, de beaucoup la plus fréquente.

Becquerel, le premier tenta de rechercher les causes de ce qu'il appelait l'hydrométrie par accumulation de muscosités dans l'utérus, et il conclut toujours, comme nous l'avons déjà vu, à l'existence d'un obstacle s'opposant au libre écoulement des sécrétion utérines. La présence de cet obstacle, évidente en effet dans la majorité des cas, ne nous explique guère pourquoi les métrites revêtent ces formes spéciales chez les vieilles femmes qui ne sont plus réglées et nous ne sommes guère avancés lorsque Becquerel ajoute : « La première condition pour que l'affection se produise, c'est que les femmes aient cessé d'être réglées, car, lorsque les règles continuent à se montrer, c'est que l'orifice est libre, et, par conséquent que le liquide peut s'écouler par le passage que le sang a suivi ». En somme, cet auteur s'est contenté de constater des faits et des rapports de faits sans en rechercher aucunement l'explication ; dans ses travaux, en effet, il n'est question nulle part de la genèse du muco pus dont il a fort bien noté la rétention dans la cavité utérine.

Duncan, Tolochinoff et les autres se contentèrent de répéter à peu près les explications de Becquerel sans rien ajouter autre chose que des faits nouveaux. Il faut arriver à Fritsch pour trouver une conception

pathogénique un peu nette des métrites séniles. Suivant cet auteur, lorsqu'il y a fermeture de l'orifice utérin (1), comme cela se produit souvent chez les vieilles femmes par suite de l'atrophie sénile ou du déplacement de l'organe, si la sécrétion normale persiste au-dessus du rétrécissement, l'utérus se dilate pour contenir le mucus qui ne peut plus être évacué. A la suite de cette rétention de mucus, des modifications profondes se produisent dans la constitution anatomique de la muqueuse utérine ; il y a définitivement transformation de l'épithélium villositaire en un épithélium pavimenteux affectant des caractères plus ou moins épidermiques.

A ces modifications épithéliales, répondent, tout naturellement des modifications dans la nature des sécrétions, c'est à dire que le mucus normal est remplacé par une véritable sécrétion pathologique de pus renfermant des cellules desquamées. Les glandes, à leur tour s'atrophient peu à peu et finissent par disparaître.

« Ces lésions, dit Patru, qui accepte les explications de Fritsch, ne s'observent que chez les vieilles femmes, car, chez les femmes jeunes, l'épithélium

(1) Cette fermeture de l'orifice paraît assez fréquente chez les vieilles femmes. En effet M. Guyon dans sa thèse inaugurale dit l'avoir observé treize fois sur vingt femmes âgées de 55 à 70 ans. Pour MM. Sappey et Testut ce chiffre serait trop élevé. Le premier ne l'a rencontré qu'une fois sur six.

vibratil de la muqueuse utérine possède une grande force de régénération et les glandes ne s'atrophient pas, de sorte que la production du mucus ne se tarit jamais complètement, tandis que les pertes des vieilles femmes peuvent être et sont souvent uniquement constituées par du pus. C'est là une différence caractéristique qui fait que la sénilité est une condition essentielle de l'existence de la métrite purulente typique. La muqueuse étant atrophiée et dépourvue, en grande partie, de glandes, il n'est pas surprenant de ne pas trouver la sécrétion d'une muqueuse normale. Au lieu de mucosités, la membrane qui a remplacé l'ancienne muqueuse, ne secrète que du pus. »

C'est là une explication ingénieuse et basée sur des faits précis en ce qui concerne les métrites purement purulentes. Mais, outre que cette explication est incomplète, elle ne nous livre en aucune façon la pathogénie de ces formes hémorrhagiques rapportées particulièrement par Lévrat. Faut-il admettre alors, avec ce dernier, le rapport de cause à effet, avec l'affection cardiaque dont ses malades portaient les signes manifestes ? Faut-il, en un mot, assigner à la stase veineuse un rôle prépondérant dans la production des lésions.

Certes l'affection cardiaque a du jouer son rôle comme cause aggravante, et l'auteur a eu raison d'y insister, mais il va trop loin en en faisant la cause

première de lésions utérines. En réalité, nous possédons encore trop peu de cas de cette espèce pour tenter une explication pathogénique qui, dans l'état actuel de la science, à ce sujet, ne pourrait être qu'une vue purement théorique de l'esprit.

Des examens bactériologiques et microscopiques pratiqués à l'occasion de cas de métrite purulente pure (D^r Maurange ; Marmoreck) n'ont jusqu'ici donné absolument aucun résultat. Néanmoins, tout nous porte à croire qu'il y a, dans ces cas de métrite senile à syptomatologie spéciale, infection par différents microbes avec exaltation de leur virulence en cavité close. En effet, les organes génitaux des vieilles femmes, dont l'antiseptie est généralement très négligée, renferment une quantité inouïable de microbes. Qu'une cause de rétrécissement survienne (atrophie sénile, déplacement de l'utérus...), et la virulence des microbes englobés par suite dans la cavité utérine, se trouve portée au maximum, ce qui donne lieu aux manifestations inflammatoires, assez graves en apparence, sur lesquelles on insiste dans la majorité des observations. Et, pour cela, le rétrécissement n'a pas besoin d'être considérable, car comme l'a très bien fait remarquer M. Delbet, l'utérus, par sa position en cul-de-sac, permet difficilement, même à l'état normal, l'écoulement des liquides sécrétés dans sa cavité.

Done, suppuration active ; rétention plus ou

moins complète du pus. Ajoutez à cela la résorption lente des produits septiques utérins, l'âge des malades et vous aurez l'explication de l'état cachectique que prennent rapidement celles-ci. Et, comme preuve, il suffira d'invoquer la rapidité avec laquelle survient la guérison complète à la suite d'un traitement approprié (dilatation, curettage, antiseptie rigoureuse).



Anatomie pathologique

Les métrites seniles, entraînant fort rarement la mort, nous n'avons, pour jeter les bases de leur anatomo-pathologie, que quelques rares décès et les cas où une erreur de diagnostic a provoqué l'hystérectomie et l'examen consécutif de l'organe enlevé. On peut aussi consulter avec fruit à ce sujet, les travaux de Cruveilhier qui eût l'occasion, à la Salpêtrière, d'autopsier plusieurs malades, ayant présenté au cours de leur vieillesse, des symptômes de métrite purulente. Selon lui, la dilatation morbide de l'utérus dans ces cas présente exactement les mêmes caractères que la dilatation physiologique qu'il subit au cours de la grossesse. « J'ai vu dit-il, plusieurs fois, l'utérus dans des cas d'oblitération, tout entier rempli de mucus, tantôt pur, tantôt diversement coloré.

Dans ces cas, l'utérus se présentait sous l'aspect d'une vaste poche à parois molles et flexible, analogue à l'utérus rempli du produit de conception. »

D'après Becquerel, les parois de l'utérus subiraient un amincissement considérable et il y aurait une atrophie générale portant sur les glandes, le tissu cellulaire et le tissu musculaire.

Nous avons vu à la pathogénie comment les
Richard

modifications et l'atrophie de la muqueuse utérine permettaient à Futsch d'expliquer les changements qui se produisaient dans la nature des sécrétions.

Dans les cas de Duncan ou l'autopsie fut pratiquée, on note, comme dans la description de Becquerel, un utérus considérablement augmenté de volume, fluctuant, et laissant écouler par la pression, du muco-pus très fétide. Le microscope permet de déceler une infiltration de cellules de pus au milieu des tissus cellulaire et musculaire considérablement atrophiés et disparus par places. Quant à la muqueuse elle se trouvait réduite à quelques lambeaux sphacelés.

L'examen microscopique du cas d'Horocks permit de déceler simplement des cellules rondes occupant en quantité considérable les espaces interglandulaires. Dans le cas d'Hermann, l'hypertérectomie, faite avec succès, livra à l'examen l'utérus malade. On retrouve encore là l'infiltration de cellules rondes. Les glandes et le tissu musculaire étaient sains. A l'examen d'un autre cas analogue *Galabin* où l'hypertérectomie fut également faite, par suite d'hésitation considérable dans le diagnostic, on remarqua une prolifération glandulaire irrégulière, mais la paroi musculaire n'était point infiltrée. Le Dr Maurange, ayant à son tour examiné un uterus atteint de métastase senile, trouva que « les lésions ne différaient pas sensiblement de celle de l'endométrite catarrhale

chronique : même hypertrophie glandulaire, même infiltration de leucocytes, même hyperplasie conjonctive. Les fibres musculaires paraissaient saines ». La muqueuse est toujours atrophiée, boursoufflée et se détache facilement sous la curette. C'est le contraire de ce qui se produit dans les métrites des jeunes femmes, où la muqueuse utérine subit toujours un épaissement considérable.

Delbet admet (Traité de chirurgie) que les métrites des vieilles femmes affectent, le plus souvent, la forme interstitielle pure. Il y aurait, d'après lui, prolifération abondante du tissu conjonctif qui étoufferait les glandes et deviendrait à la longue, dur, fibreux, sclérosé. Puis, les cellules épithéliales se modifieraient, perdant leurs cils vibratils et devenant cubiques, pour disparaître même par places en donnant lieu à des ulcérations. C'est en somme la théorie de Fritch.



Symptomatologie

Si l'étiologie et l'anatomie pathologique des métrites seniles sont encore fort mal connues, à peine soupçonnées même, pourrait-on dire, il en est tout différemment de la symptomatologie.

Ces affections présentent, en effet, un tableau clinique toujours identique à lui-même dans ses symptômes cardinaux, au moins pour la forme de beaucoup la plus fréquente, celle que le Docteur Maurange a fort justement proposé d'appeler « endométrites fétides des femmes âgées ». Il ne faudrait pas conclure de là cependant que le diagnostic en est simple, au contraire, on rencontre très souvent, comme nous le verrons, les plus sérieuses difficultés.

L'affection débute, à une époque très variable, après la cessation des règles, par un écoulement dont l'abondance n'a rien de fixe, puisque certaines femmes ont à peine quelques pertes insignifiantes, tandis que d'autres expulsent de véritables flots de pus. Cet écoulement varie aussi dans sa façon de se manifester. Dans quelques cas, il est continu, se produisant régulièrement sans aucune interruption ; d'autres fois, au contraire, il offre un caractère tout à fait intermittent : il se fait de temps en temps une

véritable débâcle de pus, comme si l'utérus, brusquement contracté expulsait, d'un seul coup tout son contenu.

Le liquide, ainsi rejeté, est le plus souvent épais et franchement purulent ; parfois cependant il est séreux, légèrement teinté de sang ; enfin, dans des cas beaucoup plus rares, on se trouve en présence d'une véritable hémorrhagie. Mais, quelque soit l'aspect sous lequel il se présente, sauf dans la forme purement hémorrhagique, très rare d'ailleurs, ce liquide a pour caractère presque pathognomonique, d'être horriblement fétide, au moins autant que le liquide expulsé des utérus cancéreux.

Les douleurs sont, en général, beaucoup moins vives que dans les métrites antérieures à la ménopause et leur localisation est beaucoup plus vague. La plupart des femmes, observées à la Salpêtrière par Cruveilhier, souffraient fort peu ; dans quelques cas même, l'accumulation du pus dans l'utérus n'a été révélée qu'à l'autopsie. Mais ces douleurs s'accroissent considérablement dans les cas où l'évacuation du pus se fait par de véritables débâcles. D'après Scanzoni et la plupart des observateurs, les douleurs prendraient, au moment de l'expulsion du contenu de l'utérus, le caractère de véritables coliques utérines.

La maladie, dans la majorité des cas, retient de fort bonne heure sur l'état général : On voit d'abord

survenir des troubles gastriques très marqués, de l'anorexie et des vomissements. L'amaigrissement s'accroît de jour en jour ; « les traits tirés, le faciès jaunâtre rappellent entièrement le teint jaune paille des cancéreux. »

A l'examen direct, on trouve que le vagin, sous l'effet du contact irritant de la sécrétion utérine, présente, dans la plupart des cas, les traces d'une vive inflammation.

Le toucher est souvent fort douloureux et le doigt est parfois obligé, pour arriver sur le col, de rompre des sortes de cloisons pseudo-membraneuses réunissant les deux faces du vagin. Le col de l'utérus ne présente, au doigt, que des lésions généralement très légères et la plupart du temps on n'observe qu'un simple gonflement de la muqueuse sans la moindre ulcération. Il y a très souvent une légère diminution de la consistance du col qui ne donne plus au doigt la sensation cartilagineuse qu'il offre à l'état normal. L'utérus, souvent très augmenté de volume est généralement mobile.

Au spéculum, on note une inflammation intense du vagin et l'aspect rouge foncé de la muqueuse du col qui revêt, de place en place, un aspect grisâtre. L'introduction de l'hystéromètre permet de confirmer les données du toucher quant à l'agrandissement de l'utérus qui, dans certains cas, mesure 8 à 10 cent. Mais cette introduction provoque de vives

douleurs et, en retirant l'instrument, on ramène une quantité parfois considérable de pus, souvent sangui-
nolent et toujours horriblement fétide ; dans la va-
riété hémorrhagique, on ramène parfois du sang pur
en quantité assez abondante.

La marche de l'affection est toute différente sui-
vant qu'il y a ou non intervention.

Dans le premier cas, la précision est la règle
(ainsi qu'il ressort des observations de ce travail) ; la
récidive est excessivement rare (deux cas sur vingt
observés). Dans le second au contraire, la maladie
prend une marche excessivement progressive et les
malades succombent dans la cachexie due très vrai-
semblablement à la résorption des produits septiques
développés et contenus dans l'utérus.

La durée et la terminaison sont deux fonctions
de la précocité de l'intervention chirurgicale.



Diagnostic

On conçoit aisément, d'après ce que nous venons de dire, combien il est, dans la très grande majorité des cas, difficile de distinguer les métrites séniles du cancer du corps de l'utérus, si l'on ne s'en raporte qu'aux seules données de la clinique :

L'âge avancé de la malade, l'odeur épouvantable de ses pertes, son mauvais état général, tout concourt à induire en erreur : « Pour peu, dit le docteur Maurange, que le col soit déformé, qu'une ou plusieurs cicatrices de déchirures anciennes donnent au toucher une consistance irrégulière, que la muqueuse infiltrée se laisse entamer et saigne, qu'enfin l'augmentation du volume de la matrice soit évidente, on ne peut pas ne pas penser au cancer et surtout au cancer du corps de l'utérus. »

Les seuls signes sur lesquels on pourrait se baser en clinique, pour différencier les deux affections, seraient peut être la moindre abondance des hémorrhagies et des lésions locales dans le cas de métrites séniles ; mais, en général, le doute sera toujours imposé au praticien.

Un seul moyen reste pour se préserver d'une erreur absolument capitale en l'espèce, puisqu'elle

entraîne une opération toujours grave dans des cas ou un traitement simple eût suffi et ce moyen c'est l'examen histologique. On devra donc toujours, avant d'entreprendre un traitement radical, faire un petit curettage permettant d'amener des lambeaux de muqueuse qu'on soumettra à l'examen microscopique.

Etant donné un fragment de tissu, on procédera de la manière suivante :

1° Fixer avec la solution suivante :

Sublimé. 3 gr. 5

Acide acétique 5 gr.

Eau distillée. . . . 100 gr.

On laisse environ 1 heure par millimètre d'épaisseur
) maximum 24 heures).

2° Laver (pendant une nuit).

3° Inclure dans la paraffine. Pour cela on plonge le tissu :

A. Dans l'alcool absolu (24 heures).

B. Dans le xylol (24 heures).

C. Dans un mélange à parties égales de xylol et de paraffine dans l'étuve à paraffine (24 heures).

D. Dans la paraffine à l'étuve (24 heures).

E. Couler la pièce dans le moule à paraffine.

4° Couper au microtome.

5° Colorer.

6° Monter la préparation.

Voici les manipulations auxquelles on procédera entre le coupage et la coloration :

1° Couper au microtome en faisant un *tœnia*.

2° Déposer les coupes ainsi faites dans l'eau chaude pour qu'elles s'étalent mieux.

3° Les séparer les unes des [autres avec une aiguille imprégnée de xylol qui dissout la paraffine,

4° Prendre une plaque conservée dans une solution acide, la laver, l'essuyer.

5° Déposer sur cette plaque de la matière destinée à coller (blanc d'œuf et glycérine).

6° Sur la plaque et sur la colle déposer, avec un bout de papier de soie, une des coupes.

7° Enlever l'excès de colle avec un linge.

8° Sécher avec du papier Joseph.

9° Passer dans le xylol puis dans l'alcool.

10° Recommencer cette opération.

11° Mettre dans l'eau.

Voici le manuel opératoire de la coloration et du montage :

1° Colorer le protoplasma à l'hématéine (1 à 3 minutes).

2° Colorer le noyau à l'acide picrique (1 seconde).

3° Préparer la lamelle.

4° Laver.

5° Passer à l'alcool absolu puis au xylol.

6° Recommencer.

7° Placer sur la lame du baume de Canada.

8° Mettre la lamelle (1).

(1) Nous avons eu l'occasion d'examiner, par ce procédé, un cas où il s'agissait véritablement d'un cancer de l'utérus

Nous avons vu à l'anatomie pathologique quels sont les aspects sous lesquels se présentent généralement, au microscope, les fragments de muqueuse des utérus atteints de métrite sénile. Nous n'y reviendrons pas ici.

Nous ne ferons pas non plus la description anatomopathologique du cancer utérin, description qui se trouve dans tous les livres.

Nous ferons simplement remarquer avec Cornil que : « quelques soient les modifications que subit l'épithélium, la forme et la disposition des cellules ne prennent jamais, dans le cas de métrite, la régularité qu'elles affectent dans le cas d'épithélioma ».

En outre, dans le cas d'inflammation pure, on trouvera toujours des globules blancs sortis par diapedèse des vaisseaux.

Il est des cas très nombreux où le diagnostic, même aidé de l'examen histologique, offre les plus sérieuses difficultés. Il faudra alors s'inspirer de cette parole de Pozzi : « Presque toutes les fois que le doute existe il ne s'agit pas d'un cancer », et commencer toujours, dans ces cas, par instituer un traitement

chez une femme de 52 ans, non réglée. D'ailleurs un traitement d'essai, commencé avant l'examen microscopique, n'avait donné absolument aucun résultat au bout de 15 jours, contrairement à ce qui arrive toujours dans le cas de métrite sénile. Hystérectomie. Décès 5 mois après.

simple (dilatation, curettage), qui donnera rapidement de bons résultats si l'on a affaire à une métrite sénile et qui, dans le cas contraire, permettra, tout au moins, une exploration plus complète et, par suite, une intervention plus active s'il y a lieu.

Ici, comme dans la syphilis, le traitement sera la pierre de touche dans les cas douteux. (1)

(1) Il est évident que, dans la pratique, on aura tout intérêt à instituer le traitement d'essai (dilatation, suivie de pansements ou de drainage de la cavité utérine) sans attendre le résultat de l'examen hystologique qui prendra toujours un certain temps.



Pronostic

On peut donc dire, d'une façon générale, que le pronostic de la maladie n'est pas grave, en ce sens qu'un traitement rationnel en a vite raison dans la très grande majorité des cas. Il suffit de compulser les observations rapportées plus haut pour voir qu'une thérapeutique raisonnée a toujours amené une guérison complète ou une très notable amélioration. Toutefois les récidives sont possibles comme le prouvent l'observation V et le cas de Tolochinoff. Mais, livrée à elle-même, l'affection est sérieuse et peut entraîner la mort. Patru s'est donc trompé gravement en prétendant que « plus la malade avance en âge et plus la maladie tend d'elle-même à la guérison ». Au contraire, l'affection, non soignée ou mal soignée, amène souvent une issue funeste par suite du mauvais état général dont elle est la source.

Enfin on doit, en envisageant le pronostic, tenir compte de l'opinion de Segond qui admet, avec Emmet « qu'une muqueuse enflammée est plus exposée à subir la dégénérescence cancéreuse qu'une muqueuse saine » et se demander avec Maurange « si le cancer utérin, rare d'ailleurs chez les femmes âgées, après la ménopause, n'est pas souvent fonction d'une métrite de l'époque atrophique » ?

Traitement

Il est inutile d'exposer tous les traitements qui ont été essayés dans les différents cas de métrites séniles observés jusqu'ici (Voir observations).

Nous indiquerons simplement celui qu'on peut considérer comme le meilleur puisqu'il a toujours donné d'excellents résultats dans les cas relativement nombreux déjà, où il a été employé.

Voici en quoi consiste ce traitement.

a). Dilatation de la cavité utérine, commencée avec la laminaire et achevée avec les bougies d'Hegars.

b). Curettage. On devra pratiquer ce curetage avec beaucoup de précaution à cause de la fragilité fréquente de la paroi utérine.

c). Badigeonnage de la cavité utérine à la glycérine creosotée au tiers (une seule fois) et pansement intra-utérin et vaginal à la gaze iodoformée. On continuera le pansement vaginal tous les jours jusqu'à la complète cessation de toute trace d'écoulement.

Lorsque pour une raison quelconque (malade cardiaque, atrophie considérable de la paroi utérine) le curettage ne pourra être pratiqué on se contentera, comme dans l'observation XIX, d'un simple drai-

nage de la cavité utérine qui, accompagné de pansements vaginaux fréquemment répétés, donnera les meilleurs résultats.

Enfin s'il y a récidives ou si ces traitements ne donnent aucun résultat, dans un cas où le diagnostic est douteux, on pratiquera l'hystérectomie.



CONCLUSIONS.

I. — Les femmes qui ont passé l'âge de la ménopause ne sont pas à l'abri des accidents inflammatoires du côté de l'appareil génital : il existe, en effet, toute une catégorie importante de métrites éclatant, après la disparition du flux menstruel, chez des femmes absolument indemnes, auparavant de toute tare utérine.

II. — Parmi ces métrites la variété de beaucoup la plus fréquente est celle des endométrites fétides qui évoluent avec un ensemble symptomatique semblable, dans la grande majorité des cas, à celui du cancer du corps utérin.

III. — Donc, le diagnostic avec le cancer étant très difficile il faut, dans ces cas, avoir recours à l'examen microscopique pour trancher la question.

IV. — Mais souvent, la muqueuse, ayant perdu ses caractères normaux dans le cas de métrite, cet examen ne donne pas de résultats satisfaisant. Il est alors indiqué, avant d'intervenir par le bistouri, d'instituer un traitement simple (dilatation, curettage,

pensements), qui suffira si on a affaire à une métrite sénile et qui, dans le cas contraire, permettra un examen plus complet.

V. — L'examen bactériologique du pus, pratiqué dans les cas de métrite sénile purulente, n'a donné jusqu'ici absolument aucun résultat (cas de Pozzi examiné à l'Institut Pasteur).

VI. — Il y a lieu d'insister en terminant sur la facilité et la rapidité avec lesquelles guérissent les métrites séniles lorsqu'elles sont convenablement traitées.

VII. — Et l'on doit par suite se demander si certains cancers du corps utérin, survenus après la ménopause et soit disant guéris, n'étaient pas simplement des cas de métrite sénile. Cela ne suffirait-il pas pour expliquer le succès durable de l'hystérectomie en pareille circonstance ?

Vu : Le Président de la Thèse,
PINARD.
Vu : Le Doyen,
BROUARDEL^a

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ashuell. — Case of purulent discharge the from lining membrane of uterus (Guy's Hosp. Rep. — London 1837, p. 242).

Guyon. — Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacinité. — Th. de Paris. 1858.

Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus. 1859. Tome II p. 94,

Cruveilhier. — Anatomie pathologique. Tôme II, p. 849.

Mattheus Duncan. — Trans of obstsoc. Lond T. XXI p. 54 (1879).

Tolochinoff. = Accumulation de pus dans l'utérus (Vracheb Vedemosli 1882).

Barnes. = A case of pyometra. Brit Gyn. Lond. 1886.

Horrocks. = Specimen of chronic endometrites, with microscopical section (Transl. obst. soc London. 1887, Tome XXIX. p. 298).

Hermann. — Spécimen from a case of purulent senile endometrite (Ibid. 1891. p. 196).

Galabin. = Tow uteri removed by vaginal extirpation. (Ibid. p. 300).

Fritsch. — Handbuch Franenkr (T I p. 990).

Patru. Endometrite purulente senile ou endometrite atrophiante. Rev. med de la Suisse Romande, (20 mai 1893 p. 285).

Levrat. — Prov. médicale 17 octobre 1891 metrite putride cardio-senile.

Maurange. — Presse médicale 26 janvier 1895. Gazette hebdomadaire 21 septembre 1895.

Masse. = Congrès gynécologique de Bordeaux (14 août 1895).

